

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

622

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bertrand CAPMAS

Né à Orléans (Loiret), le 23 janvier 1906.

CONTRIBUTION

AUX

TRAITEMENTS NOUVEAUX

DES

BARTHOLINITES

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR RÉCAMIER

(HOPITAL SAINT-MICHEL)

Président : Monsieur le Professeur LENORMANT

IMPRIMERIE DE LAGNY

(SEINE-ET-MARNE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bertrand CAPMAS

Né à Orléans (Loiret), le 23 janvier 1906.

CONTRIBUTION

AUX

TRAITEMENTS NOUVEAUX

DES

BARTHOLINITES

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR RÉCAMIER

(HÔPITAL SAINT-MICHEL)

Président : Monsieur le Professeur LENORMANT

IMPRIMERIE DE LAGNY

(SEINE-ET-MARNE)

DOYEN. . . M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laringologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.



Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie.	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE . . . Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
BARIÉTY . . . Pathologie médicale.	LELONG . . . Pathologie médicale.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.	LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
BERNARD Et. . Pathologie médicale.	LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
BESANÇON J. . Hydrologie.	M ^{lle} J. LÉVY . . Pharmacologie.
BOULIN . . . Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
BULLIARD . . . Histologie.	MÉNÉGAUX . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . . Pathologie médicale.	MOLLARET . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. . Pathologie médicale.	MOREAU. . . Pathologie médicale.
COSTE. . . . Pathologie médicale.	MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . . Physique.	MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
FEY. Urologie.	OBERLING. . . Anatomie pathologique.
FUNCK Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
GALLIARD . . . Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
GASTINEL. . . Bactériologie.	PORTES Obstétrique.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.	RENARD. . . . Ophtalmogic.
GAYET. Physiologie.	RICHET Physiologie.
DE GENNES. . Pathologie médicale.	SANNIÉ Chimie biologique.
GIROUD Histologie	SÈNEQUE . . . Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU . . Pathologie médicale.	TROISIER . . . Pathologie expérimentale.
HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.	TURPIN Pathologie médicale.
HAZARD. . . . Pharmacologie.	VIGNES Obstétrique.
HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.	WILMOTH. . . Pathologie chirurgicale
JOANNON . . . Hygiène.	
LACOMME . . . Obstétrique.	
LANTUÉJOL. . Obstétrique.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.	LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
BUSQUET . . . Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	PHILIBERT. . . Bactériologie.
GUENIOT . . . Obstétrique.	VAUDESCAL. . Obstétrique.
LARDENNOIS. . Pathologie chirurgicale.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL.		GATELLIER	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWART.	
PASTEUR-VALÉRY- RADOT.		VELTER.	
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
LE LORIER			
LEVY-SOLAL.			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBART	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR ALBERT CAPMAS

Officier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE
In memoriam.

A MA TANTE MARIE-LOUISE GAUVERIT

A MA SŒUR VALENTINE CAPMAS
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris.

A MON FRÈRE GILBERT CAPMAS

A MA GRAND'MÈRE VALENTINE LAPORTE

A MES ONCLES
HENRI ET JEAN LAPORTE

A JEAN DELAGRANGE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider notre thèse.*

*En hommage de profonde
et respectueuse reconnaissance.*

AU DOCTEUR PIERRE NÉIS

Chirurgien assistant de l'Hôpital Saint-Michel.

*Qui nous a inspiré cette thèse aidé de
ses documents et de ses précieux conseils.*

*Nous lui exprimons
notre très grand attachement.*

INTRODUCTION

Remarquables par la fréquence et l'importance de leur inflammation, les glandes de Bartholin que Huguier proposait d'appeler « vulvo-vaginales » et aussi désignées sous le nom de glandes de Duverney, de « glandulæ vestibulares » des anciens auteurs, peuvent être considérées comme les homologues des glandes de Cowper chez l'homme (Luschka, 1864).

Les glandes de Bartholin, au nombre de deux, droite et gauche, situées assez profondément à la partie interne de la Grande Lèvre, à la partie postérieure de l'orifice vulvo-vaginal, sont topographiquement à 1 centimètre du fond du pli génito-crural, entre l'aponévrose périnéale inférieure qui la sépare des téguments, et l'aponévrose périnéale moyenne qui la sépare de l'excavation pelvienne.

Nous savons que, petites chez l'enfant, ces glandes augmentent de volume dans la puberté, diminuent rapidement de volume à un âge avancé au déclin de l'activité sexuelle, et nous savons de plus qu'elles s'hypertrophient facilement sous une influence simplement physiologique et présentent même parfois une turgescence considérable.

Il nous a paru intéressant de rechercher quel était à côté du traitement chirurgical classique, longtemps seul traitement préconisé, l'état des traitements récents et quelle place ceux-ci pouvaient occuper.

HISTORIQUE

La glande vulvo-vaginale, entrevue par Spiegel, Plazoni, de Padoue, fut en réalité découverte en 1631 par Duverney, assimilée par Luschka en 1864 aux glandes de Cowper chez l'homme, opinion qui prévaut encore aujourd'hui.

A vrai dire, l'étude des glandes de Bartholin remonte à 1677, date à laquelle Bartholin disséqua les glandes vulvo-vaginales et entrevit leur physiologie. Il fallut presque attendre deux siècles pour voir créer la pathologie des glandes de Bartholin par Huguier qui eut le mérite de faire par ailleurs table rase des diagnostics posés antérieurement à lui d'abcès des lèvres, inflammation diffuse, et sut opposer d'emblée : inflammations et kystes de la glande.

Les études complètes sur l'Embryologie de la glande procèdent d'Ackeren (1889).

Celles sur la Bactériologie, de Leblanc (1894), de Dujon (1897).

Il nous faut souligner les gros progrès que fit faire à l'étude de la Bactériologie l'éclosion de l'époque pasteurienne.

A Welander et Arning (1883) reviennent la découverte du gonocoque dans le pus des Bartholinites, découverte qui rattache de façon formelle cette dernière affection à la Blennhoragie.

Enfin, les récents travaux de Gynécologie de Pozzi, de Doléris (1905), de Raoul Dupuy et Georges Rullier (1908), jalonnent l'historique de la Bartholinite.

ANATOMIE

1. Topographique.

Au nombre de deux, droite et gauche, ovoïdes, symétriques, présentant chez les adultes jeunes, environ de 7 à 20 millimètres de longueur, 4 à 5 millimètres de largeur, 5 millimètres d'épaisseur, les glandes de Bartholin sont exactement situées à 1 centimètre au-dessus de l'implantation de l'hymen, dans la partie postéro-latérale de l'orifice vaginal, entre cet orifice et l'ischion.

Leur surface a un aspect granuleux, leur consistance est ferme, un peu élastique.

2. Rapports.

La glande de Bartholin est située sous le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne du périnée, l'extrémité antérieure de la glande répond à la partie postérieure de l'orifice inférieur du vagin. Elle est à 2 centimètres de la branche ascendante de l'ischion. L'extrémité postérieure déborde le plan de la paroi postérieure du vagin. La branche ischiatique est à 3 centimètres en dehors.

Si l'on incise les Petites Lèvres un peu au-dessous du sillon qui les sépare de l'Hymen ou de ses vestiges, on met à découvert les glandes de Bartholin.

Nous aurons à distinguer deux faces : une face externe, convexe, regardant en dehors et un peu en bas ; une face interne plate ou concave regardant en dedans et en haut.

Face externe. — La face externe est recouverte par le Bulbe en avant, par le muscle Bulbo-caverneux en arrière. En avant, la glande de Bartholin est en rapports étroits

avec la volumineuse veine bulbaire postérieure qui va gagner rapidement la Veine Honteuse Interne à travers le plancher uro-génital.

Le muscle Bulbo-caverneux « Constricteur du Vagin » de Cruveilhier, recouvre par son bord interne la glande de Bartholin, lorsque celle-ci est très développée.

Les rapports se font encore avec l'Artère périnéale superficielle ; ayant contourné ou traversé l'insertion ischiatique du Muscle Transverse superficiel, l'artère se dirige d'arrière en avant et de dehors en dedans vers la partie superficielle de la Grande Lèvre.

Le rameau superficiel du Nerf périnéal accompagne ces artères.

L'artère bulbaire est, elle, assez loin et est obligée de perforer le feuillet ischio-vulvaire pour aborder la partie postéro-externe de la vulve.

Les Veines de la glande de Bartholin se jettent dans les plexus veineux du Bulbe et dans ceux de l'extrémité inférieure du Vagin, d'une part, dans les Veines Honteuses d'autre part.

Nous pouvons remarquer déjà que les rapports intimes du Bulbe et de ces veines — qui sans être volumineuses sont nombreuses et anastomosées — avec la glande de Bartholin, expliquent deux faits :

1° les hémorragies profuses que l'on voit parfois survenir au cours d'une incision de Bartholinite, et

2° les difficultés que trouve parfois l'opérateur à l'extirpation chirurgicale de la glande.

Face interne. — La face interne, en réalité supéro-interne est en rapport intime avec le feuillet inférieur de l'aponévrose périnéale moyenne, celle-ci livrant même parfois passage à quelques lobules de la glande.

Le muscle sphincter de la vulve, très mince, séparant cette face interne du vagin, encore que sa situation au-dessous ou au-dessus de l'aponévrose soit discutée par certains auteurs.

Les Bords. — Le Bord Supérieur est le bord vasculaire proprement dit, puisqu'en rapport avec les éléments vasculaires, veines bulbaires, hanches terminales de l'artère

bulbaire. Il est recouvert par le Bulbe en avant, par le muscle Bulbo-caverneux en arrière.

Le Bord *Inférieur* répond à la base des Petites Lèvres. Pour certains auteurs, les fibres inférieures du Constricteur de la Vulve le séparent parfois de la paroi vulvaire.

L'extrémité antérieure:

est en rapport avec le Bulbe.

L'extrémité postérieure :

est en rapport avec le Muscle Transverse Superficiel du Périnée quand la glande est particulièrement développée, en dedans approche les éléments qui forment le noyau central du Périnée.

Canal excréteur. — C'est un canal mince. Il naît sur la face interne de la glande. Légèrement oblique en avant et en dedans à travers le tissu conjonctif, vers la ligne médiane, traversant parfois les fibres inférieures du Constricteur de la Vulve jusqu'au niveau de l'insertion des Petites Lèvres quand elles s'étendent jusque-là. Son diamètre est de 2 millimètres. Son orifice peut admettre la canule d'une seringue de Pravoz. Un centimètre sépare son orifice de sa terminaison : à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 postérieur de l'orifice vaginal. Sur l'hymen déchiré l'ouverture se fait dans l'angle des caroncules myrtiliformes avec le cercle d'ouverture vulvaire.

L'orifice d'abouchement du canal excréteur parfois difficile à voir, masqué qu'il peut être par un repli falciforme qu'il faudra effacer est cerné parfois d'une aréole : la *Macula Gonorrhéique* de Sängér. Cette aréole permet de reconnaître l'orifice en venant du sillon nympho-hyménéal. Par ailleurs, peut exister au niveau du canal excréteur un repli de muqueuses « repli dû à la direction oblique du canal et pouvant jouer un rôle dans la formation des kystes par rétention », Léon Bizard, Paul Blum, 1921.

Nous avons vu chemin faisant les rapports du canal excréteur : ce sont ceux du bord interne de la glande et de son extrémité antérieure.

Sa situation est au-dessous de l'aponévrose moyenne du Périnée, et avant de gagner la gouttière nympho-hyménéale il traverse ou croise le bord inférieur du Muscle Constricteur de la Vulve.

Lymphatiques.

Nous ne soulèverons pas la question des lymphatiques, mise en doute par certains qui nient l'existence du retentissement ganglionnaire dans les suppurations de la glande alors que d'autres auteurs ont vu les abcès de la glande de Bartholin s'accompagner d'adénite inguinale.

Pour d'autres enfin, la glande de Bartholin est tributaire des ganglions intra-pelviens.

Nous dirons cependant que la majorité des auteurs admet que les lymphatiques se rendent aux ganglions hypogastriques.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

L'urèthre, les canaux de Skene, les glandes de Bartholin, le col de l'utérus, sont les sièges les plus fréquents de la Blennhoragie, la Bartholinite venant immédiatement après l'urétrite en fréquence.

Rarement primitive, la Bartholinite est habituellement secondaire à une infection des organes génitaux, gagnant de proche en proche. D'une manière générale elle est une complication de la vulvo-vaginité blennhoragique.

La Bartholinite survient surtout entre 17 et 25 ans, chez des femmes jeunes, surtout celles à vie génitale active, les organes génitaux par ailleurs, en raison de leur congestion épisodique entraînant une prédisposition inflammatoire.

Elle est extrêmement rare dans l'enfance malgré la fréquence de la vulvite blennhoragique à cet âge.

Les périodes menstruelles créent une véritable congestion pelvienne, leur déclenchement, pour Verchère, expliquerait certains abcès de la glande ainsi que les poussées inflammatoires qui sont chez certaines femmes en relation avec leurs règles.

Le traumatisme local pourrait, pour certains auteurs, jouer un rôle, et pour Jayle, expliquerait parfois la présence de liquide sanglant dans l'abcès.

A Huguier pour qui prédominaient les Bartholinites

gauches, devaient s'opposer Duchon, Verchère qui ont insisté sur la fréquence très grande de la bi-latéralité.

Au total, la Bartholinite nous est apparue comme complication de la vulvo-vaginite blennhoragique.

Si certains auteurs avec Langer et Gersheim ont pu parler de l'Infection mixte, Dujon de l'influence de l'Infection puerpérale, Herbst, d'Infection staphylococcique consécutive à la Blennhoragie.

Si Veillon a pu trouver dans le pus de certaines Bartholinites fétides, des anaérobies, il n'en reste pas moins que la Bartholinite a une véritable valeur sémiologique quand il s'agit de diagnostiquer une infection gonococcique douteuse.

L'infection se fait par continuité. Les microbes pathogènes de la sécrétion vulvaire envahissent le canal de la glande.

DONNÉES BACTÉRIOLOGIQUES

Les études bactériologiques sont contemporaines de la découverte du gonocoque.

En 1883, Arning, Welandér, signalent la présence du gonocoque dans le pus.

Les cas négatifs ne prouvent rien : on sait que les gonocoques disparaissent rapidement des tissus enflammés.

On a pu mettre en évidence le staphylocoque blanc et le staphylocoque doré,

le colibacille.

Dans le pus fétide on a pu trouver :

du *Bacillus fundieformis*

et le *Coccus Veillon*.

Il est curieux de voir que l'agent microbien le plus fréquent fut pressenti par Huguier qui sans connaître l'agent pathogène, avait déjà rattaché la Bartholinite à sa vraie cause, « nous avons si souvent observé, dit-il, cette maladie, avec la Blennhoragie, ou à la suite de rapports suspects, que nous sommes obligés d'admettre que dans un bon nombre de cas elle a été la conséquence de cette dernière, ou a été contractée en même temps qu'elle, à la suite de rapports infectants ».

Voilà, en effet, l'étiologie indiscutable. Ce n'est qu'à

titre exceptionnel qu'on a signalé des Bartholinites puerérales ou traumatiques.

Les Bartholinites ne peuvent ainsi rentrer dans une classification bactériologique.

Bartholinite simple, Bartholinite gonococcique : aucun symptôme ne les distingue comme nous le verrons ultérieurement et prime avant tout ce fait que des Bartholinites en apparence banale peuvent se réchauffer et donner alors du pus contenant des gonocoques que l'on ne trouvait aux examens antérieurs.

Les cas anciens révèlent de plus en plus rarement du gonocoque. Celui-ci, latent, n'a pas disparu et peut se réveiller sous la moindre influence.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES

Dans la forme aiguë : elles sont parfois mais rarement limitées au canal excréteur, où l'épithélium détaché est mêlé à des cellules de pus et à des gonocoques. Le tissu sous-épithélial est infiltré de cellules rondes.

Enfin, au fond de la glande se trouve une cavité couverte d'épithélium cubique à plusieurs couches et remplie de cellules de pus contenant des gonocoques.

Dans la forme chronique :

il n'y a pas de suppuration franche. Le liquide est séropurulent ou simplement séreux, ne se différenciant de la sécrétion normale que par son abondance, sa continuité, sa limpidité moindres.

La glande est indurée, les parois épaissies.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Nous passerons rapidement en revue les symptômes de cette affection.

Celle-ci évolue presque toujours sur un terrain préparé

par une formation kystique. S'il n'existe aucune infection, c'est le kyste simple de la glande.

Les malades viennent consulter pour une

Bartholinite aiguë

dont elles souffrent

pour une

Bartholinite chronique

encore contagieuse.

BARTHOLINITES AIGÜES

Il s'agit le plus souvent d'une femme jeune, déjà en traitement pour une Blennorragie vulvo-vaginale ou uréthrale.

La malade éprouve une sensation de cuisson, d'irritation vulvaire, s'exacerbant par la marche, parfois vive, arrachant des cris. La douleur rapportée à l'abcès irradie en tous sens et spécialement vers les aînes.

Cette Bartholinite est l'abcès du 1/3 inférieur de la Grande Lèvre. On y retrouve le « *Tumor, Dolor, Calor, Rubor* » des anciens auteurs. Nous serons brefs sur la forme aiguë :

Tantôt des deux côtés.

Tantôt d'un seul : et alors le plus souvent à gauche, la Bartholinite aiguë se révèle par un gonflement douloureux, piriforme, qui augmente assez rapidement au niveau de la Grande Lèvre.

La muqueuse de la Face interne du vagin est soulevée et tend à effacer le pli nympho-labial.

La malade éprouve un malaise général avec température à 38°5-39°.

Parfois apparaît de la Rétention d'urine. Parfois le début est plus brusque, d'apparence phlegmoneuse.

Quoiqu'il en soit, le toucher est douloureux, la tumeur rénitente, ovoïde, allongée dans le sens de la Grande Lèvre. On saisit la tumeur entre le doigt introduit dans le vagin et le pouce appliqué au dehors sur la Grande Lèvre.

La tumeur s'accompagne parfois d'un peu d'œdème de la Petite Lèvre voisine.

Si l'on tarde à intervenir, l'inflammation gagne dans cer-

tains cas les tissus périglandulaires et aboutit à un véritable phlegmon de la Grande Lèvre (Verchère).

La Bartholinite aiguë peut évoluer vers la résolution, laissant un noyau indolore, éventualité rare.

Abandonnée à elle-même la suppuration peut :

1° ou bien se faire jour au dehors avec perte de substance ; il s'agit d'un pus très abondant, épais, jaune ou gris sale, ordinairement fétide. Il reste toujours dans ces cas une cicatrice facilement reconnaissable, repli semi-lunaire, dont le bord libre forme une sorte de bourrelet rosé, tranchant sur la couleur de la muqueuse saine ;

2° ou bien donner lieu le plus souvent à une fistule spontanée vaginale, à la face interne de la Grande Lèvre ;

3° Exceptionnellement cette fistule pourrait être périné ou rectale.

Longtemps après, les fistules qui aboutissent à des foyers distincts, correspondent aux divers lobules de la glande : abcès granuleux de Huguier.

Mais le plus souvent :

La totalité de la glande et du Tissu cellulaire périphérique est envahie en bloc par la suppuration : abcès parenchymateux de Huguier.

BARTHOLINITES CHRONIQUES

Avant d'envisager l'étude succincte des Bartholinites chroniques pouvant succéder à la forme aiguë que nous venons d'étudier mais pouvant également s'établir d'emblée, il nous faut mettre en valeur que certaines femmes ont à l'état physiologique une hypertrophie marquée de leurs glandes de Bartholin, dont l'hypersécrétion favorise la pénétration du canal excréteur par le gonocoque.

L'hypersécrétion de la glande de Bartholin résulte de toute cause susceptible d'exciter les désirs vénériens. La simple hypertrophie glandulaire offre un terrain très réceptif à l'infection gonococcique et s'accompagne de l'émission d'un liquide clair comme du blanc d'œuf et tout à fait aseptique.

Chez les prostituées, ce liquide est légèrement blanchâtre, comme le liquide obtenu par pression de l'urètre.

Si la malade n'a pas eu auparavant de blennorragie vulvo-vaginale, cette hypertrophie n'est nullement contagieuse d'ailleurs.

La Bartholinite chronique est considérée comme une localisation rebelle de la Gonorrhée.

Huguier l'avait décrite comme « une hypersécrétion purulente ».

Il n'y a pas de signes inflammatoires proprement dits.

Insidieusement la malade éprouve une gêne modérée, le plus souvent intermittente, coïncidant avec une légère tuméfaction de la glande, surtout à l'époque des règles.

Dans l'intervalle, cette gêne et cette tuméfaction peuvent passer complètement inaperçues.

Il n'y a pas de tumeur, mais un doigt introduit dans le vagin permet de sentir la glande épaissie et indurée. Par pression on peut parfois faire sourdre un pus verdâtre ou lactescent qui coule aussi par des orifices fistuleux qui ont succédé à l'évacuation spontanée.

La forme habituelle déforme la Grande Lèvre et donne une consistance molle à la glande qui a permis de la décrire sous le nom de « pseudokystique ».

Signalons les Formes canaliculaires, « portes d'entrée pour les chancres infectants ou simples » (Hamonic) et parmi elles les formes exulcérées du canal, véritables formes pseudo-chancrelleuses.

Fréquente est la forme caractérisée par l'érosion de l'orifice excréteur, de la « tache de Saüger ».

Ces formes chroniques sont une source fréquente et peu suspectée de contamination pour l'homme.

D'elles, peuvent aussi partir l'infection ascendante du canal génital de la femme après accouchement ou avortement.

Après des mois de tranquillité, le réveil de l'infection peut aboutir à un nouvel abcès.

Ce sont ces Bartholinites chroniques qui ont entretenu les conflits entre partisans de la spécificité de la Blennorragie et ceux qui défendaient sa nature inflammatoire banale, ces derniers s'appuyant sur l'inégalité des conséquences observées chez des sujets qui auraient dû prendre le mal à la même source.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC DES BARTHOLINITES AIGÜES

Dans des cas très rares, le diagnostic sera à faire avec :
1° L'Abcès Stercoral, né à la marge de l'anüs et propagé à la partie postérieure de la Grande Lèvre.

L'intensité plus grande des signes locaux du côté de l'anüs.

Sa diffusion plus grande feront le diagnostic :

2° Avec le *Phlegmon de la Grande Lèvre*, dont on a pu suivre l'évolution.

Il siège plutôt : à la face externe et cutanée.

Tandis que l'abcès de la glande de Bartholin proémine à la face Interne et Muqueuse.

De plus, les abcès phlegmoneux de la Grande Lèvre occupent toute l'étendue de celle-ci au lieu d'être circonscrits à son 1/3 postérieur.

Nous ne ferons que citer le diagnostic avec les Furoncles.

Ils ont un aspect acuminé spécial, une évolution spéciale.

Enfin, il ne faut pas confondre l'ulcération résultant de la mortification partielle de la paroi du foyer de Bartholinite, avec une ulcération de chancre simple.

Quant au Diagnostic des Fistules :

Leur siège, leur direction, leur trajet, l'aspect de leurs bords.

L'histoire de l'évolution de la maladie permettent d'en reconnaître l'origine : osseuse, rectale, glandulaire.

Le diagnostic est impossible cliniquement entre :

Kyste suppuré et une Bartholinite à gonocoques à moins que la Blennorrhagie ne soit évidente.

Le Thrombus de la Vulve sera facile à distinguer sauf s'il devient le point de départ d'un abcès.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec le chancre syphilitique, avec son œdème mou de la Grande Lèvre et son adénopathie caractéristique.

Au total nous devons souligner d'une manière générale la facilité du diagnostic de la Bartholinite aiguë.

DIAGNOSTIC DES BARTHOLINITES CHRONIQUES

1° S'il est avéré que le diagnostic est délicat au début. L'évolution insidieuse, l'absence de signes fonctionnels faisant méconnaître l'affection à la malade.

2° Si la nécessité apparaît de rechercher de parti pris la Bartholinite, surtout dans les infections précédées de Blennorrhagie, il faut savoir que l'on sera puissamment aidé par la *Bactériologie*.

Il faudra cathétériser le canal de la glande de Bartholin avec un fil de platine et malaxer la glande afin de recueillir le produit du massage.

On trouvera le plus souvent le gonocoque par des examens en série, des examens sur frottis.

On fera des cultures si nécessaire, mais il faut se rappeler que tout écoulement de la glande de Bartholin n'est pas nécessairement pathologique.

Nous avons vu comment l'hypersécrétion pouvait aboutir à l'hypertrophie glandulaire permanente. Le liquide de sécrétion est alors un liquide absolument aseptique, sans polynucléaires, et où les recherches bactériologiques se montrent négatives.

Nous ne soulèverons pas les difficultés du diagnostic que peuvent poser les Bartholinites chroniques suivant que : non ulcérées et réductibles ou non elles évoquent :

Un kyste de la Grande Lèvre.

Un kyste du canal de Nück ou du Ligament Rond, d'une part.

Une Epiploocèle ou une Entérocèle, d'autre part.

Enfin, nous avons vu, chemin faisant comment la forme pseudo-chancrelleuse, forme exulcérée du canal excréteur pouvait orienter parfois faussement vers le chancre mou.

Aussi bien le problème que nous nous posons dans notre Thèse est-il essentiellement un problème thérapeutique.

TRAITEMENTS

Il est peu d'affections gynécologiques que le praticien ait plus fréquemment à traiter que la Bartholinite.

Ce traitement est délicat, et à côté des méthodes chirurgicales on a proposé récemment plusieurs méthodes qu'il est intéressant de connaître.

HISTORIQUE

Le traitement de la Bartholinite fut différemment conduit suivant les médecins.

Certaines malades subissaient autrefois des ponctions répétées.

D'autres étaient traitées par le « séton » de vieille mémoire. Au travers des tissus infectés un fil de soie était abandonné « in loco » pendant deux à trois semaines.

Ce séton au début drainait.

Il devenait dans la suite un irritant chronique et finissait par provoquer finalement une sclérose de la glande.

« Ubi pus, ibi evacua » fut la ligne de conduite des auteurs français (Dalché, Faure, Guéniot) concrétisée dans ces mots :

Incision, puis désinfection, tamponnement.

Or, comme nous le verrons, cette méthode ne met pas à l'abri des récidives.

Les traitements classiques sont : l'incision suivie de curettage.

Ou mieux : l'extirpation de la glande en totalité.

TRAITEMENT DES BARTHOLINITES AIGÜES

Dans la Bartholinite aiguë, tant que le pus n'est pas collecté, la malade sera mise au repos.

On prescrira :

les injections vaginales chaudes et antiseptiques, les pansements humides.

Dès que le pus est collecté il faut ouvrir largement.

Une solution anesthésique dans un tissu infecté n'agit pas. La sensibilité persiste et l'on risquerait de diffuser l'infection. Le mieux est d'inciser rapidement pour diminuer la durée du temps douloureux.

Les chirurgiens depuis Pozzi et Doléris, incisent à la limite de la muqueuse et de la peau.

L'incision, comme le dit le professeur Hartmann : « doit être plus ou moins longue, parallèle à l'axe et sur sa face interne » et il ajoute : « comme cette incision a grande tendance à se fermer spontanément avant que la cavité de l'abcès ait eu le temps de s'oblitérer ou de se combler, on a quelquefois conseillé de tamponner la cavité ou même d'exciser une ellipse de muqueuse pour empêcher sa cicatrisation trop active. » (Professeur Henri Hartmann, *Traité de Gynécologie opératoire*.)

Dans le même but, Gosselin autrefois, maintenait la cavité de la glande, béante le plus longtemps possible.

Détails de la Technique.

L'incision met à jour une aponévrose, qui, sectionnée, donne jour à la glande vulvo-vaginale.

Dans un deuxième temps, l'ayant saisie avec une pince de Kocher, on la sépare des tissus voisins et on trouve parfois à ce moment des difficultés dues aux adhérences. On libère le plus possible le côté externe, allant toujours profondément.

La glande ne tient plus que par son pédicule qu'il faudra lier.

Dans un dernier temps, on saturera aux crins de Florence ou aux catguts à points séparés.

Les fils seront passés profondément au-dessous de la surface cruentée, et liés, seront laissés entiers sans être coupés et simplement noués à leur extrémité pour éviter les piquûres désagréables provoquées par les fils coupés ras (Pozzi).

Un pansement sec, un tamponnement vaginal terminent l'intervention. Les fils sont enlevés le sixième jour ; le huitième la malade peut se lever.

Mais après l'opération la mieux conduite survient parfois un suintement de plusieurs heures, les douleurs sont

vives et un hématôme de grandes dimensions peut se former.

Il faut faire sauter au plus vite les points de suture, enlever les caillots, faire un tamponnement serré.

Si l'hémorragie persistait abondante, inquiétante, il faudrait refaire simplement les sutures. L'hémostase est à ce prix, puisque dans ces cas il s'agit d'une artère maintenue béante par les aponévroses qui l'entourent.

Les différents traitements proposés dans la Bartholinite aiguë.

Ces traitements sont assez nombreux.

Certains auteurs préconisent la ponction capillaire de l'abcès.

Les autres, l'incision simple.

Nous n'insisterons que sur les procédés reconnus efficaces par les gynécologues actuels.

Il est évident que l'incision simple de la glande n'évite pas les fistules consécutives. Gosselin disait déjà : « la membrane pyogène continuant à former du pus, si l'ouverture n'a fait que se rétrécir, il y a fistule ; si elle est oblitérée l'abcès se reproduit.

L'incision et la cautérisation par les caustiques tels que :
la teinture d'iode,
l'alcool,
le chlorure de zinc,
l'azotate d'argent,
l'eau oxygénée,

furent successivement préconisées, se proposant la destruction de la membrane pyogène et la cicatrisation complète.

L'incision et la cautérisation au thermo-cautère fut ensuite proposée par Doléris. Il plaçait ensuite un drain et suturait les bords de l'incision au crin de Florence.

Ce procédé apparaissait simple à Doléris et les récidives même, assez rares. Mais on peut lui adresser le reproche de laisser des cicatrices vicieuses, inesthétiques, de grosses pertes de substance.

Verchère enlevait à l'anesthésie locale aux ciseaux courbes, la paroi muqueuse qui tapisse la glande et laissait se cicatriser à plat.

Ensuite, il utilisait de grands lavages au permanganate

de potasse, à l'eau oxygénée, et pansait à plat, à la gaze iodoformée.

Les récidives étaient rares, mais les cicatrices inesthétiques.

À l'heure actuelle, certains auteurs, pour éviter les fistules dues au fait qu'il persiste des parties de la glande malade, ont essayé de bourrer la cavité de gaze pour obtenir la guérison de la profondeur vers la superficie.

Quoi qu'il en soit des procédés que nous avons envisagés, la récidive est pourtant si fréquente, ou le passage à la chronicité, avec fistule, si commun, qu'il y a toujours intérêt à enlever la glande une fois la phase aiguë terminée, ou à la première menace de récidive.

Les clichés radiographiques après injection opaque de la Thèse de Perreton, confirment la présence de nombreux lobes glandulaires souvent éloignés de la masse principale (Thèse Perreton, Paris 1933) et ces lobes à distance sont une raison de plus d'enlever la glande.

Il faut attendre huit à dix jours après l'incision de l'abcès. L'extirpation immédiate ne peut être conseillée que dans les Bartholinites au début ou dans des cas chroniques alors qu'il n'y a qu'un simple noyau induré, en un mot, lorsque les lésions inflammatoires sont primitivement ou secondairement limitées à la glande. (Traité de Gynécologie opératoire, Professeur Henri Hartmann.)

Nous ajouterons, et nous aurons l'occasion d'y revenir, que pour le Professeur Hartmann cette extirpation est indiquée même au cours de la grossesse, le foyer suppuré à moitié éteint de ces Bartholinites chroniques pouvant être facteur d'infection au cours du travail et étant acquis que les dangers d'avortement post-opératoires ne sont pas aussi fréquents qu'on le croyait jadis.

Nous avons vu que l'ablation de la glande donne des résultats parfaits mais est assez délicate en général et n'est efficace que sous la réserve d'être complète.

Il faut fendre la coque d'un bout à l'autre et disséquer successivement les deux moitiés en taillant dans le tissu de la Grande Lèvre jusqu'au fond et dans tous les diverticules.

L'opération n'est pas aussi simple qu'elle le semble. L'infection a supprimé le plan de clivage. Les tissus in-

filtrés adhèrent à la muqueuse vaginale. Si l'on veut être à l'abri de toute récurrence, il faut bien suivre le prolongement postérieur parfois profond et le prolongement antérieur qui longe le bulbe et saigne. C'est une opération longue et sanglante, les rameaux artériels que l'on sectionne sont très nombreux et l'hyperémie inflammatoire ajoute aux difficultés. Il faut de nombreuses ligatures.

Elles ne sont pas aisées, car en tirant sur la poche on amène les vaisseaux, qui, sectionnés, remontent dans la profondeur.

Souvent l'intervention se termine par un tamponnement serré qu'il ne faut pas enlever avant cinq ou six jours, si on veut éviter de petites hémorragies nécessitant un deuxième tamponnement.

Pour certains auteurs, on peut crever le sac au début de l'intervention bien que l'on se propose de l'extirper sans l'ouvrir. La minceur de la poche peut rendre cette technique impossible. On pourrait alors vider la glande par ponction avant d'en disséquer les parois. Ensuite le mode opératoire est le suivant : on remplit la cavité de gaze ; on suture sauf en un point suffisant pour retirer la mèche au bout de quarante-huit heures. Au quatrième jour irrigations quotidiennes d'eau oxygénée. Lever au sixième jour. La cicatrisation est terminée en deux semaines.

Cette méthode s'adresse avant tout aux récurrences, par ailleurs elle n'innove rien ; déjà Pozzi « excisait toute la surface interne de la poche avec des ciseaux courbes ».

On ne fait que dépasser les limites de l'excision qu'il propose. Lorsque la Bartholinite n'a pas été méthodiquement traitée, elle peut entraîner des fistules s'ouvrant sur la face interne de la vulve, et au périnée dans des cas exceptionnels.

Il faut alors sectionner complètement le périnée jusqu'au trajet fistuleux que l'on excise, puis procéder à la périnéorraphie, la cicatrisation du périnée, pouvant se faire de manière irrégulière et laisser un périnée insuffisant. (Professeur Henri Hartmann, Traité de Gynécologie opératoire.)

TRAITEMENTS DES BARTHOLINITES CHRONIQUES

Nous avons vu les dangers de la Bartholinite chronique,

et il en résulte que son traitement curatif, le seul qui puisse amener une guérison complète, est le traitement chirurgical, l'extirpation de la glande.

On a eu cependant recours à des traitements médicaux, dont le principe est de désinfecter la glande d'une part, d'autre part de provoquer la sclérose totale de la glande par injections modificatrices.

Dans les formes chroniques de la Bartholinite, la dilatation constante du canal excréteur permet les tentatives de désinfection par injection de sérum, de vaccin, ou de liquide antiseptique.

Nous verrons cependant combien le traitement est incertain et comment les poussées inflammatoires doivent faire conseiller le traitement radical par excision de la glande.

Traitement par injections modificatrices.

Certains conduits excréteurs sont larges et assez bien marqués. Il faut repérer l'orifice du canal excréteur. On le trouve à la base de la Petite Lèvre, au milieu de la ligne qui rejoint l'extrémité du vagin et la fourchette, à moins d'anomalies. Un repère précieux est la « macula gonorrhœa » de Säuger, parfois accompagnée d'une végétation à son niveau.

Autrefois on utilisait en injections modificatrices :

la teinture d'iode,

l'azotate d'argent au 1/30.

Le matériel utilisé était une seringue de Pravaz et une aiguille mousse.

Les injections modificatrices au permanganate de potasse donnèrent de bons succès : sept à huit injections étaient nécessaires pour la sclérose de la glande à doses croissantes de 1/1000 à 1/500, 1/250 1/100, 1/50, 1/30, 1/20, tous les deux jours en moyenne.

Depuis peu on tente contre les Bartholinites chroniques ouvertes, le rayonnement total du radium par injection dans la glande de solution radioactive. Certains auteurs (MM. Lacapère et Galliot) ont préconisé dans les Bartholinites ouvertes ou fermées des injections en plein tissu glandulaire d'un demi-centimètre cube d'une solution de bromure de radium, méthode qui d'ailleurs redouble les

phénomènes inflammatoires et impose l'incision de la glande au bistouri.

Il convient donc d'éviter une telle méthode. Par contre ces auteurs appliquèrent avec succès un traitement à base de pommade au nitium, complexe extrêmement riche en rayons alpha. Ils poussent l'injection dans le canal de la glande de Bartholin à raison de 1/4 de centimètre cube, jusqu'à ce qu'elle ressorte par l'orifice glandulaire.

Les phénomènes qui se produisent à la suite d'injection de pommade radio-active, rappellent ceux qui se passent à la suite des traitements de métrite chronique par crayons radio-actifs.

Ecoulements brusques comprenant d'abord de nombreux polynucléaires bien colorés, à noyau fortement teinté, bientôt remplacés par des monocytes de toute taille et des lymphocytes qui finalement cèdent la place à un flux muqueux composé de quelques polynucléaires et qui se tarira en quelques jours.

L'écoulement purulent cède rapidement.

Dans les meilleurs cas, la guérison survient cinq à dix jours après la première application. Dans les cas plus tenaces on renouvellera l'application plusieurs jours après.

Les auteurs n'ont jamais eu à renouveler plus de trois fois l'application.

Il n'y a pas à craindre d'action en profondeur. Les rayons alpha agissent par contact direct de la substance active avec les tissus malades, action que supprimerait le plus léger filtre.

Dans ce mode de traitement les effets semblent dûs à un puissant appel de la substance radio-active sur les leucocytes et à une violente excitation des glandes qui par une abondante poussée sécrétoire, se vident mécaniquement des microorganismes qu'elles contiennent.

Un traitement par protéinothérapie locale a été proposé par Sézary et Duruy:

Dans les formes non fistulisées ces auteurs évacuent le pus par ponction et injectent de l'eau peptonée à 10 %.

Dans les formes fistulisées ils instillent une crème peptonée à 10 %.

Les résultats de cette méthode sont extrêmement satisfaisants et pour ces auteurs beaucoup plus rapides que ceux

des interventions chirurgicales les auteurs attribuant cette action à un choc protéique local.

Nous verrons pourtant ultérieurement que lorsque ces auteurs n'obtiennent pas avec cette méthode un résultat rapide, la protéinothérapie locale ne constitue que l'un des temps de leur intervention.

Les autres méthodes purement médicales se proposent d'injecter dans la glande des antiseptiques.

Certains piquent directement dans la direction de la glande et ne cathétérisent pas le canal excréteur. Cette méthode, consistant à injecter du chlorure de zinc, préconisée par Gonin Aoustin et excellente entre ses mains, fut abandonnée dans la suite à cause du risque d'escarres par suite d'injections faites en dehors de la glande.

Séteano pratiquant une ponction de la partie externe de la Grande Lèvre, pousse l'aiguille jusqu'au foyer purulent. Quand l'aiguille ne retire plus de pus il la pousse dans une autre direction à cause de la présence de pus dans plusieurs lobules.

Le pus étant évacué, on injecte par l'aiguille 1 à 2 centimètres cubes d'une solution de Dakin et d'eau oxygénée en parties égales. La guérison surviendrait en deux à cinq jours.

La désinfection de la glande malade peut encore se faire soit par le permanganate de potasse, soit par l'argyrol à 10 ou 20 %, soit par le dilvomooxymcurifluorescéine à 1/100.

Elle a été tentée par des injections intra-glandulaires de solutions de Rivanol à 1/100 puis à 1/500 (Schmidt la Baume).

Sous anesthésie à la novocaïne, l'auteur fait une injection de 2 à 4 centimètres cubes de rivanol, parfois renouvelée à quelques jours de distance.

En cas d'absence, celui-ci est vidé avec une grosse aiguille avant l'introduction du liquide dans la glande.

Jamais le nombre d'injections n'a dépassé huit, coïncidant alors avec l'existence d'une métrite ou d'une urétrite réinfectant les glandes de Bartholin.

Cette méthode absolument inoffensive met à l'abri de la nécrose qui est trop souvent le fait des injections de chlorure de zinc, par exemple, incorrectement maniées.

Nous décrivons enfin ici la méthode de Lovaies bien qu'appliquée aux Bartholinites aiguës de préférence : aux bains locaux très chauds, succèdent des injections vaginales sans antiseptiques. La collection purulente étant formée, et ayant saisi la collection entre deux doigts de la main gauche, on y introduit brusquement un fin trocart. L'aspiration douce et soigneusement faite permet d'évacuer le pus. Le sang apparaissant, on cesse, et l'on injecte dans la glande 2 à 3 centimètres cubes de teinture d'iode fraîche du Codex.

On malaxe la poche doucement, puis on retire par aspiration tout ce qu'on peut de teinture d'iode au bout de quelques minutes.

On calme la réaction inflammatoire des jours suivants à l'aide de compresses d'eau très chaude. Habituellement une seule intervention suffit. Parfois il faut la renouveler une à deux fois à plusieurs jours d'intervalle. Il persiste un noyau profond, presque complètement indolore, vestige de la glande de Bartholin détruite.

TRAITEMENT DE LA BARTHOLINITE PENDANT LA GROSSESSE

S'il est un point encore imprécisé c'est bien celui de l'attitude thérapeutique à adopter vis-à-vis d'une Bartholinite au cours de la grossesse.

Certains auteurs tels que Commandeur et Gaucheraud font résolument l'incision de la poche suivie de grattage de cette poche à la curette ou encore incisent, débrident, mènent, cautérisent à l'acide chromique ou à l'azotate d'argent.

Ces auteurs n'eurent pas recours aux manœuvres de destruction ou d'extirpation de la poche. Les suites montrèrent qu'incision et drainage de la poche pratiqués entre le quatrième mois et le terme n'entraînèrent ni accouchement ni avortement prématuré.

Des manœuvres intra-vaginales, une extraction artificielle eussent-elles aggravé les risques d'infection, c'est ce que nous ne savons pas.

Si nous ne croyons pas comme autrefois que les interventions sur la vulve peuvent interrompre la grossesse ;

en revanche nous connaissons les redoutables dangers que peut créer l'infection au cours du travail.

Malgré les divers succès du traitement médical, il nous apparaît que le traitement rationnel de la Bartholinite chronique, celui dont la fidélité n'est jamais mise en défaut est l'ablation totale de la glande.

C'est une intervention assez sérieuse.

Le professeur Tuffier disait : n'opérez jamais une Bartholinite en ville, vous n'en aurez que des ennuis ; si vous vous contentez d'inciser vous vous exposez à des récidives ; si vous faites l'ablation, même après votre départ il y a des risques d'hémorragie grave.

Cette cure radicale serait excellente. Malheureusement dans la pratique elle est sujette à récurrence, la glande n'étant pas toujours enlevée dans sa totalité.

Nous avons vu chemin faisant les difficultés techniques que pouvaient constituer :

D'une part les culs de sac glandulaires aberrants souvent très éloignés de la glande.

D'autre part nous avons vu à plusieurs reprises combien ces opérations sont délicates, nous savons qu'elles saignent abondamment.

C'est une région très vascularisée où de nombreuses ligatures sont nécessaires, elles ne sont pas aisées.

Enfin nous connaissons le pis aller du tamponnement qu'il ne faut pas enlever avant cinq à six jours si l'on veut éviter de petites hémorragies nécessitant un second tamponnement.

Or, que l'on soit en présence d'une Bartholinite aiguë ou chronique, fistulisée ou non, un mode très simple de traitement peut être employé : la *diathermo-coagulation*.

LA DIATHERMO-COAGULATION

La technique opératoire en est simple et bien réglée.

En tissus infectés, l'anesthésie locale ne donne pas de bons résultats.

L'anesthésie régionale par injection épidurale est l'idéal.

Il faut savoir attendre vingt minutes pour obtenir une bonne insensibilité, mais nous savons que cette anesthésie simple compte des échecs et il semble que dans un service hospitalier, il soit encore préférable de recourir à l'éther.

La technique employée est celle de la diathermo-coagulation dite bi-monopolaire, c'est-à-dire avec deux électrodes dont une seule est active, une grande électrode indifférente, inerte de vingt centimètres sur quarante centimètres, sous le siège de la malade.

La petite électrode active utilisée est d'abord une pointe, celle du bistouri électrique. Avec cette pointe l'opérateur incise sur la muqueuse vaginale, la poche purulente, la glande de Bartholin étant immédiatement dessous et la muqueuse ne laissant pas de cicatrices.

La section saigne peu. De deux pinces, on écarte les lèvres de la plaie et on expose tout l'intérieur de la glande après avoir essuyé le pus.

L'incision part du bulbe et il ne faut pas craindre de descendre vers la fourchette pour bien voir le cul de sac postérieur.

Le deuxième temps de l'intervention consiste après avoir remplacé la pointe par une boule de cinq millimètres de diamètre, à coaguler tout l'intérieur de la glande par touches successives de quelques secondes à peine chaque.

Cette coagulation arrête l'hémorragie et si on a soin de commencer par la partie supérieure on voit parfaitement bien ce que l'on fait.

En très peu de temps on obtient une escarre grisâtre qui tombera facilement cinq à six jours après. L'opération est terminée. On peut mettre une mèche au collargol sans tasser, mais ce n'est pas indispensable.

L'intervention a duré quelques minutes.

Les suites ne sont pas douloureuses et n'exigent pas de pansement. Tout au plus un léger œdème de la Grande

Lèvre peut-il survenir les jours suivants. L'escarre tombe au bout de cinq à six jours et par précaution, les malades sont gardées au lit jusqu'à ce moment.

Par ailleurs nous avons employé cette technique dans deux cas de kystes coccygiens suppurés et nous en avons obtenu un bon résultat.

OBSERVATIONS

Nous donnons le compte rendu de six observations de Bartholinites observées et traitées à l'Hôpital Saint-Michel.

Nous en avons une dizaine, empruntées au service du docteur Jacques Récamier et que nous ne citerons pas, parce qu'elles sont en quelque sorte la répétition de celles-ci.

OBSERVATION I. (Docteur Néïs). — M^{me} R... Irène, 34 ans, 8 juillet 1935.

Inflammation de la glande de Bartholin depuis douze jours. Leucorrhées peu abondantes. Actuellement inflammation de la glande gauche qui a percé sur la face interne de la Grande Lèvre opérée le 9 juillet 1935. Incision au bistouri électrique. La malade devait sortir lorsque du côté droit se produit un empâtement. Réopérée le 19 juillet 1935 pour Bartholinite constituée à droite. Ouverture de la poche à droite. Mise à plat au bistouri électrique. Sortie le 27 juillet 1935. N'a pas récidivé depuis.

OBSERVATION II. (Docteur Néïs). — M^{me} M... Louise, 24 ans, 16 janvier 1936.

Bartholinite droite incisée au bistouri électrique.

Electro-coagulation à la boule.

Technique habituelle.

Suites opératoires normales.

Sortie le 26 janvier 1936.

OBSERVATION III. (Docteur Néïs). — M^{me} V... Antoinette, 16 septembre 1936.

Bartholinite aiguë droite vue à la consultation. La malade rentre le soir.

Pendant la nuit, la Bartholinite s'étant ouverte la malade est très soulagée et on voit du pus épais sourdre par l'orifice de la perforation. Opération le 18 septembre 1936. Guérison en huit jours. Deux mois après la malade revient à la consultation parce qu'elle a vu de nouveau sa Grande Lèvre grossir. Mais elle n'a aucune douleur. A l'examen on constate un kyste translucide de la région de cette glande. La malade n'est pas revenue à la consultation.

OBSERVATION IV. (Docteur Néïs). — (Malade du docteur Clément Simon, à Saint-Lazare, 15 janvier 1937).

Malade atteinte de Bartholinite chronique déjà incisée. Il reste au palper un petit noyau induré de la Grande Lèvre. On ne recherche pas l'orifice et on incise au bistouri électrique. On ne tombe pas sur la cavité et on électrocoagule un peu au hasard ces tissus. Lorsqu'on a l'impression que la coagulation atteint les limites de l'induration que l'on sent au palper, on s'arrête.

La malade, revue régulièrement, n'a pas eu de récidives. Sa cicatrice s'est comblée au bout de cinq semaines.

OBSERVATION V. (Docteur Néïs). — M^{me} D... Raymonde, 23 ans, 10 octobre 1935.

Bartholinite aiguë droite. Début il y a huit jours par œdème de la Grande Lèvre droite. Actuellement grosse Bartholinite droite, glande très gonflée, rouge, tendue, non fistulisée.

Antécédents : leucorrhées abondantes, une fausse-couche il y a un an suivie de curettage. Très grosse hémorragie contemporaine. Opération le 11 octobre 1935. Incision au bistouri électrique. Diathermo-coagulation de la poche. Technique habituelle. Sortie le 18 octobre 1935.

Pas de récidives.

OBSERVATION VI. (Docteur Néïs). — M^{me} V... Jeanne, 38 ans, 23 mai 1935.

Bartholinite gauche, glande très gonflée depuis huit jours. Pas de température. Il y a trois mois la glande fut très gonflée également et s'est percée après trois jours puis tout est rentré dans l'ordre.

Antécédents : coxalgie droite à 23 ans. Opération : le

25 mai 1935. Ablation de la poche au bistouri électrique. Sortie guérie le 29 mai 1935. Revue depuis, pas de récidives.

Nous devons à l'obligeance du docteur Ducourtieux, assistant du docteur Sézary à l'Hôpital Saint-Louis, deux observations inédites de son service.

Nous avons vu en étudiant les méthodes médicales de traitement des Bartholinites, que M. Sézary avait été avec M. Duruy, le promoteur de la protéinothérapie locale.

Lorsque cette méthode ne donne pas de résultats rapides, ces auteurs pensent que l'on doit avoir recours au traitement électro-chirurgical et alors la protéinothérapie locale constitue le premier temps d'une intervention électro-chirurgicale comme nous le verrons à la lecture de ces observations.

OBSERVATION I. (Docteur Ducourtieux). — M^{me} V... Andrée, 8 février 1937.

Bartholinite gauche chronique avec écoulement intermittent de pus par l'orifice de la glande. 12 février 1937 : après lavage de la cavité à l'eau peptonée. Anesthésie locale. Incision au bistouri électrique. Electro-coagulation de la glande et de la paroi, 15 mai 1937 ; pas de récidives.

OBSERVATION II. (Docteur Ducourtieux). — M^{me} B... Suzanne, 27 ans.

Bartholinite suppurée gauche. Réchauffement d'une Bartholinite ancienne avec présence de gonocoques dans le pus, 25, 26, 27, 28 février 1936, lavages de la cavité à l'eau peptonée. 29 février, anesthésie générale au protoxyde d'azote préférée à l'anesthésie locale en raison du caractère inflammatoire du tissu environnant la glande de Bartholin. Incision au bistouri électrique. Ecarteurs. Mise à découvert de la glande. Nettoyage. Electro-coagulation de la cavité glandulaire et des vestiges glandulaires.

Suites opératoires : écoulement purulent abondant avec présence de gonocoques. Mise à plat et drainage le 28 mars 1936 au bistouri électrique d'une fusée purulente. Guérison complète le 16 juin 1936.

La malade a été rigoureusement suivie depuis cette époque et n'a pas présenté de récidives.

CONSIDÉRATIONS SUR LA DIATHERMO-COAGULATION APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES BARTHOLINITES

1° La diathermo-coagulation peut être insuffisante. Il se produit alors une récidive de même qu'après une ablation chirurgicale classique si on a laissé des fragments de la poche.

Ceci est arrivé une fois mais la récidive ne fut pas infectée, fait curieux bien que compréhensible, étant donné la stérilisation due à la chaleur dégagée.

Cette malade (Observation III, docteur Néïs) présentait un kyste translucide peu volumineux et indolore à la palpation située à la partie antérieure de la glande.

C'est en effet la région la plus vasculaire. Cette malade ne s'en plaignit pas. Elle fut seulement priée de revenir en cas de gêne ou de douleur.

Cette insuffisance de coagulation peut se produire lorsque le suintement sanguin est abondant.

Le sang disperse le courant dont l'intensité n'est plus assez grande pour être efficace.

On peut en augmenter la dose, mais si la température atteint 100°, l'ébullition survient et les tissus collent à l'électrode.

Ils sont arrachés quand on retire celle-ci.

Aussi, la meilleure conduite à tenir est-elle de tamponner très rapidement dès qu'on enlève la compresse, par touches rapides.

En recommençant ainsi plusieurs fois l'hémorragie diminue et il devient facile de faire une coagulation uniforme de toute la muqueuse.

2° Le danger inverse serait d'employer un courant trop fort.

Mais ce danger est surtout théorique, lorsqu'on emploie une petite électrode. L'on n'a pas à agir profondément et la glande n'est pas entourée immédiatement d'organes importants.

Pour coaguler en masse tous les tissus il faudrait vraiment coaguler trop longtemps.

Nous n'avons pas de cicatrices vicieuses à signaler, l'ouverture sur la muqueuse vaginale ne laissant pas de traces.

Nous avons l'impression que le danger des larges coagulations semble plus grand avec des intensités insuffisantes qui obligent à augmenter la durée du contact.

Des accidents graves ont été signalés avec des électrodes de grande surface destinées simplement à des applications diathermiques et appliquées longtemps.

Le professeur Leduc, de Nantes, a montré que pour l'électrocution des animaux il y a intérêt à ne pas employer des courants trop puissants, facteurs d'escarres qui se produisent sous l'électrode.

Cette escarre charbonneuse étant isolante, le courant ne passe plus.

Il est certain que le même phénomène se produit au cours de la coagulation :

Sous la boule, dans le cas de boule petite se produit un tissu desséché, noirâtre, mauvais conducteur, protégeant la profondeur.

Autrement dit, si l'intensité n'est nullement négligeable, temps d'application, taille de l'électrode sont des facteurs primordiaux.

Avec le même courant, selon la surface de l'électrode, on peut obtenir des effets diathermiques coagulant ou coupant.

Ce qui n'exclut pas la réciproque et pour la même électrode avec une intensité différente on obtiendra : ou un simple échauffement des tissus ou une coagulation plus ou moins profonde.

Malheureusement il est impossible de connaître mathématiquement l'intensité utilisée au niveau des tissus.

Un organisme n'est pas un conducteur équivalent à un conducteur métallique.

C'est schématiquement un ensemble de solutions salines et organiques soumises à une dissociation électrolytique ; de gels et de sols colloïdaux à des degrés divers de stabilité ;

et de membranes à perméabilité variable, cloisonnant le tout.

La conduction d'un flux électrique quelconque dans un tel système ne met pas en jeu un système que l'on a assimilé à l'association de résistances chimiques avec des résistances de capacité (Lapicque, Philippon, etc...).

D'où, le reproche que l'on peut faire à cette méthode est celui que l'on adresse à l'électro-coagulation depuis ses débuts, ce qui n'a pas empêché sa généralisation.

On ne peut mesurer scientifiquement ni l'intensité employée, ni prévoir complètement la profondeur de la coagulation dans l'ignorance où nous sommes de la résistance de la malade. C'est une méthode empirique.

Pour conclure : nous dirons qu'il faut employer des courants d'intensité suffisante, utiliser une électrode de petites dimensions, par touches successives, rapides, pour être certain que la coagulation soit efficace et éviter à la malade les suites douloureuses de l'ablation de la glande.

Il ressort de plus, de l'examen de l'observation IV (docteur Néïs) que dans les Bartholinites fistulées depuis un certain temps il se produit une réaction conjonctive scléreuse autour de la glande et il devient difficile d'inciser la cavité intérieure de la glande, qui est très réduite.

On risquerait alors parfois de ne pas ouvrir cette cavité, en passant à côté et la diathermo-coagulation pourrait être faite à l'aveugle.

Quant à la diathermie médicale proprement dite, en dépit d'un certain nombre d'auteurs préconisant la diathermie en présence d'un abcès de Bartholin constitué, il ne semble pas qu'on puisse fonder grand espoir sur elle (Laquerrière, 1937).

Par contre, grâce à elle l'on peut voir des congestions plus ou moins inflammatoires de la glande de Bartholin se résorber, et surtout elle permet d'assouplir des indurations douloureuses, séquelles de Bartholinites d'ailleurs également justiciables de l'ionisation à l'iodure de potassium.

Il nous paraît qu'à côté des méthodes médicales d'injection de la glande, concernant les Bartholinites chroniques, à côté du traitement chirurgical classique, le traitement chirurgical de la Bartholinite aiguë ou chronique, par diathermo-coagulation peut occuper sa place.

CONCLUSIONS

1° Que la Bartholinite soit aiguë ou chronique, fistulisée ou non, on peut la guérir très simplement par diathermo-coagulation, l'anesthésie étant de préférence une anesthésie épidurale.

2° La petite électrode active sera d'abord une pointe, c'est-à-dire le bistouri électrique, avec cette pointe l'opérateur incisera la poche purulente sur la muqueuse vaginale.

3° Ensuite on remplacera la pointe par une boule de cinq millimètres de diamètre.

Il faut employer des courants d'intensité suffisante.

Par touches successives, rapides, on coagule tout l'intérieur de la glande et en très peu de temps on obtient une substance grisâtre qui remplace partout la muqueuse intérieure de la glande.

4° L'intervention dure quelques minutes.

Elle est complète.

Les suites qui n'exigent pas de pansements ne sont pas douloureuses.

5° Cette méthode évite aux malades les suites douloureuses et quelquefois hémorragiques, souvent ennuyeuses de l'ablation de la glande, et simplifie l'acte chirurgical pour l'opérateur.

Vu : le Président de la thèse,
LENORMANT

Vu : le Doyen,
ROUSSY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Auster.* — Technique of Bartholin cyst excision following parallin injection (*Am. J. surg.* 4° : 509-510, mars 1936).
- Belgodere.* — La Bartholinite isolée des vieilles, impression clinique (*Ann. D. Mal. Ven.* 22, 816, nov. 1927).
- Bergeret, Fontaine.* — Bartholinitis (*Med.* 5, 543, avril 1924).
- Clinton.* — Cyst of Bartholin's gland. (*J. Okhloma. M. Ass. Muskoger*, 1921, XIV, 204).
- Commandeur, Gancherand.* — Bartholinite et grossesse (*Bull. soc. d'obst. et de Gyn de Paris*, 1925, xiv, 174).
- Czerwenka.* — Zur Behandlung der eitrigen Bartholinitis (*Wien Klin. Weh.* 43, 1067, 21 août 1930).
- Dal, Collo.* — Contributoallo conoscenza delle ghiandole vestibolari minori (*Osp. Maggiore, Milano*, 1925, 3, S, xiv, 213).
- Davis, J.-E.* — The pathology of the mayor vestibulor ducts and glands (*Am. J. obst. N. Y.*, 1917, LXXV, 58).
- W.-S. Dorough.* — Treatment of Bartholin's gland abcess (*South Surgeon*, 2 : 29-30, mars 1933).
- M. Fazioli.* — Tumori solici della glandule di Bartolino (*Riv. ital. d ginec.* 15 : 80-87, mars 1933).
- Ferrari.* — Glandule sebacee libere dei genitali femminili esterni (*Gior. ital. D. Mal. Ven. Milano*, 1906, xli, 55).
- Franco.* — Contribution à l'étude des Bartholinites et en particulier de leurs formes chroniques (8° Paris 1900).
- Frank et Gustavson.* — The femali sex hormone and the gestatinal gland (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1925, LXXXIV).
- Fullerton.* — Tuberculosis of Bartholin's gland (*J. Ama. A.* 91, 1175, 20 oct. 1928).
- C.-E. Galloway.* — Endometriosis chronic bartholinitis and ovarian cyst (*Ama. J. Obst. et gynec.* 29 : 128-129, janv. 1935).
- Gonin, Aoustin.* — Zinc ghlorid in bartholinitis (*J. Ama. A.* 84, 474, 7 fév. 1925).
- Gomez.* — Contribution à l'étude du cancer primitif de la glande de Bartholin (8° Montpellier 1914).
- Henri Hartmann.* — Traité de gynécologie opératoire (1935).

- Hesse, Auer.* — Eine neue Behandlungsmethode der Bartholinitis (Derm. Wch. Leip et Hamb. 1918, LXVII, 771).
- Hubner.* — Gonorrhéal Bartholinitis (Deutsch Med Wch. 50, 13, 4 janv. 1924).
- Hubner.* — Own blood in treatment of gonorrheal bartholinitis (Zent F. Gyn. 49, 84, 10 janv. 1925).
- Koch, Kramer.* — Bacille de l'influenza dans la bartholinite (Munch Med Woch. N° 27, 3 juil. 1931. P. 1125, T. LXXVIII).
- Lacapere.* — Traitement des bartholinites chroniques par le rayonnement total du radium (Soc. de Med. de Paris, 1924).
- Le Clerc.* — Bartholinite suppurée a répétition contemporaine des règles (L'ann. Med n° 9, sept. 1929, P. I.).
- Lieffiny.* — Thèse Paris 1935.
- Loeb.* — Zur Therapie der gonorrhöischen Bartholinitis (Munch Med. Wch. 76, 920, 31 mai 1929).
- Neuwirth.* — Ein Weitere Beitrag zum Studium des Karzinomis der Bartholinischen Drüse (Monat. F. Geburtsh. Gyn. Berl. 1925, LXX, 193).
- Roger Pereton.* — Contribution à l'étude et au traitement des bartholinites aiguës et chroniques et présentation d'un dispositif fixeateur des petites lèvres permettant de pratiquer sans aide de petites opérations sur la vulve (Thèse de Paris 1933, Le François, édit).
- P. Poincloux.* — Vaccination régionale par la porte d'entrée. Traitement des bartholinites (Hôpital 2 : 3 mars 1934).
- Pozzi.* — Traité de Gynécologie.
- Salieres, Delaitre.* — De l'épithélioma de la glande de Bartholin (8°, Montpellier, 1914).
- Schauffer.* — Quick rasy, efficient treatment of Bartholin cyst and abcess (J. A. M. A. 402. 839, 13 mars 1934).
- Schmidt, La Baume.* — A propos du traitement par les dérivés acridiniques de la bartholinite blennorragique (Rev. des Prog. Therapeut n° 12, 5° an. déc. 1929. P. 363).
- Schmidt, La Baume.* — Die Infiltrationstherapie der Gonorrhoe Bartholinitis mit Akridinderivaten (Munch. Med. Wchu. 75. 2209. 28 déc. 1928).
- Serefis.* — Destruction par le thermocautère des glandes de Bartholin infectées (Deut. mediz. woch. n° 36, 2 sept. 19 2 p. 1403).
- G. Seteanu.* — Conservative therapy of inflammation of Bartholin's gland (Spitalul 54 : 362-363, sept. 1934).
- Sezary, Duruy.* — Le traitement des collections purulentes par la pro-teinothérapie locale bartholinite (Bull. et Mem. Soc. Med. d'Hop. de Paris 53, 337, 11 mars 1929).
- Sieber.* — Roentgen rays in bartholinitis (Zent. F. Gyn. 48, 2126, sept. 1927).
- Smith.* — An overlooked function of Bartholin's and Cowper's glands (J. An. M. Ass. Chicago, 1912, LIX, 2303).
- Spencer.* — Case of primary cancer of Bartholin's gland (Proc. Roy. Soc. Med. Lond. 1913, 14, VII, Obst. et Gyn. Sect. 103).
- Spirito.* — Bartholinite gravidanza (Rinase Med. 5, 869, 1 août 1928).

- Thelin.* — Radical treatment of bartholinitis (Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst. 19, 444, 25 juil. 1924).
- Weisalet.* — Gonorrhéal bartholinitis treated with antoheinothérapie (Polska. Gaz. Lek. 7, 246, 1 avril 1928).
- W. Werneck.* — Acerca do tratamento das Bartholinite chronicas (Rev. de gynec. et d'obst. 25 : 487-489, dec. 1931).
- Wittkopof.* — Ueber das Karnigom der Bartholin'schen Drüse (Kiel 8^o Leip 1915).
- Wordley.* — Unusual vaginal infection in young married woman bartholinite (Lancet. 2, 1035, 16 nov. 1929). Germain Laporte. Traitement de la Bartholinite (La Clin. n^o 412, oct. 1928. P. 363).

